

Annotatie Begeleidingscommissie Governance wet Publieke Gezondheid 29 maart 2021

Terugkoppeling van ambtelijke werkgroep d.d. 16 maart

- **5.1.2e** ziet inmiddels ook in dat voorstel governance-structuur in 2 maanden niet haalbaar is. Ws in notitie onderscheid maken tussen dingen waar iedereen het over eens is en dingen agenderend opnemen die een ontwikkelagenda vragen. Niet alle perspectieven zitten nu al in de notitie verwerkt, omdat nog niet alle gesprekken gevoerd zijn. Sommige volgen pas in de loop van april. De input op volgende versie van notitie gaat vooral over perspectieven die we nog missen, i.p. dat er al inhoudelijke consensus moet zijn op de notitie.
- GGD GHOR NL heeft gemeld dat ze intern bezig zijn met een proces, waarin ze iedereen proberen te spreken, om tot een interne standpuntbepaling te komen.
- Min J&V heeft tijdens begeleidingscommissie aangedrongen op betere onderbouwing van de probleemstelling: is het een governance probleem of uitvoeringsprobleem (hoe de GGD functioneert/opereert). Constateert dat in huidige versie van notitie beide stromen zitten. Als je vanuit oogpunt governance een strakkere aansturing wilt, dan is het optuigen van een nieuwe organisatie niet helpend. Gaat ook om aansluiting van witte kolom op veiligheid. Ze suggereren om ook **5.1.2e** en **5.1.2e** nog te interviewen als het over de veiligheidsregio's gaat.
- Is het een governance/sturing of uitvoeringsprobleem? Het lijkt het laatste. Graag in de notitie duidelijk benoemen om welke specifieke punten het dan gaat.
- **5.1.2e** : zitten nog in inventariserende fase en verbreding van probleemstelling. In gesprekken komt terug:
 - Governance probleem
 - Uitvoeringsprobleem op landelijk niveau (taken die nu bij GGD GHOR NL zijn belegd)
 - Uitvoeringsprobleem dat GGDen aantal taken minder goed konden doen, doordat financiering en investering in GGD'en afgelopen jaren te weinig is geweest.
 - GGD GHOR NL - regionale invulling van taken GGD is vaak een kracht, soms lastig als je moet opschalen. Op sommige onderdelen wel erg veel variatie, voor een aantal onderwerpen wil je gezamenlijke basis/eenduidigheid.
 - GGD GHOR NL benadrukte n.a.v. slapend functiehuis bij GGD'en dat we niet iets moeten inrichten voor de vorige crisis. **5.1.2e** lichte toe dat dit gaat om basis afspraken om in nood een beroep op andere partijen (in brede zin) te kunnen doen.
 - GGD GHOR NL: je hebt ook zekere massa nodig in je organisatie waar je zeggenschap over hebt, waarmee je vrij snel kan opschalen. Pleidooi dat JGZ onderdeel moet zijn van GGD omdat je dan kritische massa hebt die snel inzetbaar is voor andere zaken. (Let op belang doorgang RVP bv)
 - VWS: er lijkt nu erg te worden gedacht vanuit hoe de GGD nu is. Pleidooi om te kijken naar hoe we de GGD willen hebben in de toekomst (vooral t.a.v. preventie). En pleidooi om te kijken naar GGD in reguliere én crisistijd en daarin naar overlappen tussen izb en preventie. Goed netwerk, contacten in de zorg, stevige organisatie – dan is GGD in crisistijd ook beter.
 - Verbinding evaluatie wet veiligheidsregio. Blijkbaar was er in het Kabinet afgesproken eerst het OvV rapport af te wachten en dan pas te reageren. Dit traject loopt er op vooruit en pakt selectief 1 onderdeel van de gehele structuur. Dit is zorgpunt van J&V, donderdag spreken de DG's van J&V en VWS met elkaar hierover.
 - Gemeente houdt pleidooi dat preventie al goed is georganiseerd in de regio, bv. Bij welzijnsorganisaties. Is de rol van de ggd de meest vanzelfsprekende?
 - **5.1.2e** definiëring preventie is nodig in deze notitie. Gaat het over leefstijl? Gaat het over de invloed van de omgeving op gezondheid? Gaat het over de invloed van sociale factoren op gezondheid? Gaat het over preventie in de zorg?
 - **5.1.2e** van GGD GHOR NL vindt het ook een kracht van GGD-en dat ze zich regionaal hebben aangepast maar de regionale verschillen moeten ook niet te groot zijn/worden. Er zou wel een gemeenschappelijke basis moeten zijn bij de GGD'en die overal hetzelfde is, en daar bovenop is ruimte voor differentiatie.
 - Zorg dat je je voorbereid op verschillende soorten crises, niet alleen de huidige.

Ad 2. Verslag begeleidingscommissie 4 maart

- Akkoord wat jullie betreft?

Ad 3. Bespreknotitie (bijlage 2)

Uit de agenda: In de notitie wordt achtereenvolgens ingegaan op de probleemanalyse en wordt een overzicht gepresenteerd van mogelijke denkrichtingen. De begeleidingscommissie wordt gevraagd op beide onderdelen te reflecteren en input voor het vervolg mee te geven. Gelet op het eerste bestuurlijk overleg van 8 april wordt met name aandacht gevraagd voor de verdere uitwerking van de probleemanalyse. Voor wat betreft de denkrichtingen voor scenario's is het voorstel om het gesprek echt een eerste verkenning te laten zijn.

Algemeen

- Bij 'de noodzaak tot het versterken van de publieke gezondheid (zowel infectieziektebestrijding als preventie)' wordt niet duidelijk omschreven wat met versterken bedoeld wordt. Advies om dit begrip te definiëren. Gaat het om meer geld naar GGD-en, een andere rol, andere wettelijke opdracht, andere relatie tot gemeente, investeren in professionaliteit, etc. Zeker omdat in de verdere uitwerking vooral wordt ingegaan op governance en uitvoeringsvraagstukken. Dan laat je twee heel belangrijke punten (geld en professionaliteit) liggen.
- Er wordt te weinig gedacht vanuit te behalen resultaat voor onze bevolking en de volksgezondheid. Hoe ziet dat eruit?
- Enerzijds is het van belang om infectieziektebestrijding en preventie in de breedte te bespreken. Daar waar het gaat om de versterking van de professionele ordening van de publieke gezondheid. De samenhang is van groot belang, zowel inhoudelijk (infectieziektebestrijding begint bij je eigen immuunsysteem en dat is gebaat bij een gezonde leefstijl) als procesueel (een sterkere GGD in koude fase is ook handig ten tijde van een crisis).
- Anderzijds blijkt ook uit de notitie hoe gekunsteld het is om in dit traject zowel infectieziektebestrijding als preventie mee te nemen. Het zijn onderwerpen die een andere stakeholder omgeving kennen, een andere aard van de problematiek en een heel andere mode of action (resp. multipel acuut en verplichtend vs. continu en (nu nog veel te) vrijblijvend). Het feit dat het nu in één traject zit werkt eerder belemmerend en versluisend.
- Tegelijkertijd hebben we in onze reacties op de verschillende versies van de conceptnotitie aandacht gevraagd voor de integraliteit met andere wettelijke taken en processen bij crisisbeheersing en uitbraakbestrijding (PSH, GOR). In deze versie staat duidelijker dat deze opdracht zich richt op een aantal onderdelen van de PG, niet op alle onderdelen. 5.1.2e heeft ons ook teruggegeven dat sommige van onze punten idd buiten de scope van hun opdracht vallen. Tegelijkertijd is het wel een perspectief dat benoemd moet (blijven) worden. 5.1.2e is hierop ook in haar gesprek (nog niet verwerkt in deze versie) op ingegaan. 5.1.2e was daar zelf bij. Terugkoppeling 5.1.2e: 'Ik heb vooral gesproken over de bredere rol van de GGD-en op het terrein van MMK en GGD als trusted advisor bij lokale/regionale vraagstukken, wat dit van de GGD-en afzonderlijk en samen vraagt en hoe onze rol in die keten is en verder te ontwikkelen is. Ik heb gewaarschuwd voor de risicoregel reflex en nu alle aandacht op infectieziekten te richten. En dat er bij een crisis het perspectief op de nazorg niet vergeten moet worden. Ten onrechte in de vraagstelling niet veel aandacht naar uitgaat (terwijl dit langere termijn gezondheidseffect zou kunnen zijn). Mijn indruk is dat ze heel geïnteresseerd waren in alles, dat de inbreng van 5.1.2e meer aansluit bij hun focus. En ze spraken uit dat ze de opdracht wilden bespreken, maar wat / en hoe ze de opdracht zouden willen verbreden is ook voor mij nog een vraag.'

t.a.v. probleemanalyse infectieziekten

- De probleemanalyse blijft erg oppervlakkig en algemeen, het is een waaier aan probleem beschrijvingen. Uit de notitie wordt nog steeds niet helder wat nu echt het probleem is:
 - o Governance probleem?
 - o Uitvoeringsprobleem op landelijk niveau?
 - o Uitvoeringsprobleem bij lokale GGD'en?
- En vervolgens is het probleem ook niet verder uitgediept. Is het aan bestuurlijke tekortkomingen en ontbrekende arrangementen/regels/wetten/ verantwoordelijkheidstoedelingen/basistakenpakketten etc. te wijten of simpelweg aan een tekort aan capaciteit en gebrek aan investering door gemeenten en Rijk in GGD'en in de afgelopen decennia en daardoor een tekort aan operationele slagkracht en beperkte mogelijkheid om snel op te schakelen als dat nodig is.
- Je kunt nogmaals benadrukken dat het probleem echt helder moet zijn, vóórdat we met elkaar over oplossingen praten. We moeten niet met oplossingen op zoek gaan naar problemen.
- Er is in de stukken te weinig oog voor wat wél goed is gegaan en hoe dat zo is gekomen. Vanuit zo'n stimulerende aanpak kan juist geleerd worden wat de mechanismen daarachter waren voor de dingen die niet goed zijn gegaan.
- Is het niet zo dat t.a.v. testen, BCO en vaccinatietaken na een (te) langzame opschaling de zaken nu best aardig/goed voor elkaar zijn? En is het niet zo dat GGD'en en RIVM zeker ten aanzien van testen in verantwoordelijkheden en taken van laboratoria en instellingen zijn gestapt omdat die hun zaken niet op orde hadden?
- En als dat klopt, dan blijft over de vraag hoe we in toekomstige situaties sneller kunnen opschalen, wat we daar operationeel en tactisch in vreedstijd voor moeten regelen, en wat we in de huidige crisis samen hebben geleerd om dat in de toekomst te kunnen doen. Dat is nog meer reden om (eerst) met elkaar te leren in plaats van een governance traject te beginnen vanuit een sturingswaan en de echte problematiek van een tekort aan capaciteit en dus operationele slagkracht en een ontbrekende gezamenlijke analyse te verdoezelen.
- In de notitie moet duidelijker onderscheid gemaakt worden tussen samenwerking vs. aansturing en de professionele lijn vs. bestuurlijke lijn en verantwoordelijkheden. Dat loopt nu door elkaar heen.
- Het mist dat de partijen in gezamenlijkheid lessen kunnen trekken. Een rondgang als deze is eigenlijk eerder verdelend dan unificerend.

In de waaier aan problemen, missen we nog wel:

- De bredere scope van infectieziektebestrijding vanuit curatieve zorg en afstemming daarmee (zit in takenpakket LCI). Het is nu erg gericht op GGD taken van IZB. Denk aan alle Covid bestrijdingsproblematiek en afstemming rondom verpleeghuizen/ huisartsen/ gehandicaptenzorg.
- Meer aandacht voor verdeling publieke gezondheidstaken over GGD en GHOR door de versnippering over Wet PG en Wet Veiligheidsregio's.

t.a.v. probleemanalyse preventie

- Een aantal van onze eerdere opmerkingen zijn in deze versie verwerkt. Zo is het begrip preventie nader gedefinieerd naar collectieve en selectieve preventie. Wordt het belang van verbinding met andere domeinen genoemd (alhoewel het woord Health in All Policies niet expliciet wordt genoemd). En is de variatie tussen GGD-en iets nader toegelicht.
- De wijze en mate van betrokkenheid van de GGD bij preventie (en het draagvlak daarvoor) verschilt per regio. De GGD treedt nu op in veel verschillende rollen. De vraag is of dat wenselijk is. Zou je niet een stabielere rol voor de GGD willen i.p.v. in elke gemeente een andere rol? Lokaal maatwerk is belangrijk, maar tot hoever?

- Op pagina 6 (laatste zin van 2° alinea) staat dat de GGD een bredere rol zou kunnen spelen maar er wordt niet toegelicht waar ze aan denken.
- Ik mis in de analyse de vele landelijke programma's die VWS zelf initieert (JOGG, GezondIn, Kansrijke Start) en hoe zich dat verhoudt tot de rol van de GGD. GGD-en geven zelf aan dat dit hun rol ondermijnt. Gemeenten vinden het juist prettig om te kunnen kiezen. Echter door al die landelijke programma's wordt het geld niet altijd efficiënt ingezet (veel dubbelingen) en wordt onvoldoende gebruik gemaakt van bestaande wetenschappelijke kennis (ieder instituut ontwikkelt zijn eigen kennis opnieuw). Dus pleidooi om bestaande structuur (GGD) te versterken op rol/positie, slagkracht en inhoudelijke professionaliteit in plaats van er van alles naast op te tuigen met een tijdelijk karakter.
- Een ander punt wat ik nog onder de aandacht wil brengen is het feit dat gemeenten onvoldoende gebruik maken van wetenschappelijk onderbouwde kennis. Soms heeft dat te maken met het feit dat ze niet weten dat de kennis voorhanden is, waar ze die moeten zoeken, hoe ze die in moeten zetten, etc. maar soms worden keuzes ook gemaakt op basis van anekdotische bewijsvoering of persoonlijke voorkeuren. In de notitie staat genoemd dat de GGD vooral wordt gezien als kennis- en expertise op gebied van preventieve gezondheid. Maar een prikkel ontbreekt om deze kennis en expertise in te zetten. Het zou goed zijn om de inzet van wetenschappelijk onderbouwde kennis en interventies steviger te verankeren in de WPG.

t.a.v. denkrichtingen

Algemeen

- Goed dat de denkrichtingen opgesplitst worden in verschillende onderdelen, zodat mogelijk op onderdelen (bv. basis op orde) consensus bereikt kan gaan worden.

Organisatie en sturing infectieziekten

- Hoe verhoudt zich het eerste uitgebreide gedachtestreepje op pagina 2 ('Er zullen verschillende evaluaties volgen, waarbij ook naar internationale ervaringen zal worden gekeken en het is niet mogelijk noch wenselijk om nu al eensluidende conclusies te trekken.') tot deze denkrichtingen en het voornemen deze verder uit te werken?
- In huidige notitie zijn denkrichtingen een bundeling van suggesties van geïnterviewden. De mogelijke denkrichtingen kunnen systematischer uitgewerkt worden (bv. vanuit thematiek en organisatorisch model).
- Breng t.a.v. aansturing op professioneel vlak meer scherpte aan op de rollen van GGD en RIVM, alleen en samen. Het is dan goed allerlei praktische samenwerkingsafspraken te scheiden van het juridische.
- Blijf daarbij binnen de huidige bestuurlijke verantwoordelijkheden (gemeenten, voorzitters veiligheidsregio en minister), want het veranderen van die bestuurlijke verantwoordelijkheden vereisen een veel verdergaande discussie.
- [sturing in koude fase door Rijk en gemeenten samen → hoe zien ze dat voor zich?]
- Formuleer de denkrichtingen in functionaliteiten en niet in organisaties [dit is niet overgenomen in de notitie]. Denk in arrangementen/afdwingbare afspraken en niet in nieuw op te richten structuren.

Preventie

- Onderzoek de mogelijkheden om de samenwerkingsrelatie tussen GGD en gemeente te verbeteren en dit minder persoonsafhankelijk te maken.
- Overweeg naar de regionale preventie infrastructuur ook een nationale preventie infrastructuur in te richten waardoor kennis beter gaat stromen van lokaal-regionaal-landelijk-internationaal en vice versa.
- Versterk de GGD door te investeren in de professionaliteit van medewerkers.

- GGD wordt gezien als belangrijke schakel in de verbinding met het medische domein. Ik zou hier het sociale domein en leefomgeving (ruimtelijk domein) aan toe willen voegen. Ook daar heeft de GGD een belangrijke verbindende rol.
- In de notitie wordt gesproken over de JGZ, of die verplicht binnen de GGD zou moeten vallen. Veel JGZ instellingen vallen onder een thuiszorg instelling. Ik weet niet of we hier vanuit het RIVM een bepaald belang/mening in hebben, maar omdat de JGZ een collectieve preventieve voorziening is vind ik ze het meest passen bij de GGD. Nu is het zo dat een afdeling beleid van een GGD preventief jeugdbeleid in kan zetten maar vervolgens afhankelijk is van een andere organisatie om tot uitvoering te komen. Dat werkt vertragend. Ik heb geen idee of er onderzoek gedaan is naar het verschil tussen JGZ dat binnen of buiten de GGD is georganiseerd. Zou je naar kunnen vragen.

Gezamenlijke agenda

- Op de voorgestelde gezamenlijke agenda missen nog veel onderwerpen (bv. gezamenlijke verplichte oefenprogramma's, hoe krijgen we uniformiteit in uitvoering voor landelijke taken).

Ad 4. Voorbereiding bestuurlijk overleggen

Uit de agenda: Op 8 en 22 april staan bestuurlijke overleggen gepland. **5.1.2e** sluit hierbij aan, wij zorgen voor een vooroverleg intern RIVM met jullie. In het eerste bestuurlijke overleg zal de focus liggen op het bespreken van de probleemanalyse. Op basis van de bespreking in de begeleidingscommissie en de nog te voeren gesprekken zal de notitie daarop worden aangepast. Inzet voor het bestuurlijk overleg is om te kijken of tot een op hoofdlijnen gedeelde probleemanalyse gekomen kan worden. In het bestuurlijk overleg van 22 april kan dan verder worden gesproken over de mogelijke scenario's. Tussen beide bestuurlijke overleggen is op 12 april een volgende begeleidingscommissie.